

(口座名義人と同一)

(現在、他の市町村等で同種の助成を受けている場合は、助成できません。)

- (注) 1 太枠の中を記入してください。
2 以下の書類を添付してください。
(1)御所市一般不妊治療医療機関等証明書（第2号様式）又は御所市生殖補助医療医療機関証明書（様式第3号）
(2)医療保険各法の被保険者等であることを証明する書類
(3)その他市長が必要と認める書類

※市町村使用欄

保険適用分 ア	生殖補助医療のうち、保険適用の合計 _____円	(助成対象額) _____円	(県補助対象分) _____円
保険適用回数超過分 イ	生殖補助医療のうち、保険適用の合計 _____円	(助成対象額) _____円	(県補助対象分) _____円
先進医療分 ウ	生殖補助医療のうち、保険適用の合計 _____円	(助成対象額) _____円	(県補助対象分) _____円
男性不妊分 エ	生殖補助医療のうち、保険適用の合計 _____円	(助成対象額) _____円	(県補助対象分) _____円

一般不妊治療分	_____円
---------	--------

申請受付日	年 月 日	支給決定日 承認・不承認	年 月 日
助成額	円		